

sont exemptées, comme en Saskatchewan. En Colombie-Britannique, en Saskatchewan, au Manitoba et au Yukon, les régimes sont financés partiellement par les primes, les recettes générales servant à couvrir le reste des frais. Il n'y a aucune prime d'assurance-maladie au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse, dans l'Île-du-Prince-Édouard, à Terre-Neuve et dans les Territoires du Nord-Ouest, où les régimes sont financés au moyen des recettes générales. Le Québec finance son régime en percevant une surtaxe spéciale sur le revenu et une redevance analogue auprès des employeurs.

Le champ d'application des prestations d'assurance-maladie au Canada est presque universel. Les seules exceptions sont les personnes couvertes par les lois sur l'indemnisation des accidentés du travail, ou par les programmes pour les Forces armées, la Gendarmerie royale du Canada, les pensionnés de guerre et les détenus des pénitenciers fédéraux. En Saskatchewan, la participation est obligatoire mais pour avoir droit aux prestations il faut avoir payé ses primes. En Ontario, la participation au régime combiné est obligatoire pour les groupes d'employés de plus de 15 personnes mais facultative pour les autres. En Colombie-Britannique le régime est entièrement facultatif. Pour ce qui est des autres régimes financés par des primes, par exemple ceux du Manitoba et du Yukon, le droit aux prestations n'est pas lié au paiement des primes. Dans le cas des régimes provinciaux sans primes, tous les résidents de la province sont assurés. Comme pour l'assurance-hospitalisation, le malade peut s'adresser au médecin de son choix. Bon nombre de régimes provinciaux d'assurance-maladie prévoient également des prestations supplémentaires outre celles déterminées par la Loi fédérale, par exemple pour les services d'optométrie.

Même si la plupart des frais médicaux de base sont couverts par le régime, dans certains secteurs on a encore besoin de prestations supplémentaires. Dans le cas des citoyens moins favorisés, le gouvernement fédéral peut, par l'entremise des provinces, financer la moitié du coût d'autres services de santé tels que les soins dentaires, les médicaments ou les lunettes d'ordonnance, grâce au Régime d'assistance publique du Canada. L'admissibilité à cette aide est déterminée par un examen des besoins. Chaque province administre ses propres programmes supplémentaires de bien-être, et ceux-ci ne sont pas uniformes.

Pour ce qui est du reste de la population, les personnes qui désirent une protection supplémentaire en assument le coût, ou elles s'adressent à un assureur privé. Ce dernier peut assurer pour le coût des médicaments, des soins dentaires, des soins infirmiers spéciaux, d'autres services professionnels de santé, des prothèses, ou de l'hébergement dans le cas de soins prolongés. Toutefois, la plupart des assureurs commerciaux sont davantage intéressés à une forme d'assurance collective, et la plupart des prestations susmentionnées ont été groupées dans des contrats couvrant les principaux frais médicaux.

Dans toutes les provinces des dispositions ont été prises pour que les médecins puissent choisir de ne pas participer au régime provincial d'assurance-maladie et soumettent directement à leurs patients leur note d'honoraires, sans passer par l'autorité publique. En règle générale, les médecins qui ont choisi d'agir ainsi doivent en informer leurs patients avant de les soigner, et le montant de leurs honoraires est habituellement supérieur aux prestations payables à l'égard de leurs services. Cela signifie que lorsque leurs patients soumettent leurs notes d'honoraires à l'assurance-maladie, on ne leur rembourse généralement pas le plein montant. Les médecins qui choisissent cette façon de procéder représentent cependant moins de 10% du corps médical, et dans certaines provinces il n'y en a aucun. En pratique, toutefois, bon nombre d'entre eux ne demandent pas des honoraires plus élevés que le montant des prestations s'ils savent que la personne a des difficultés financières.

6.2.6 Services de santé d'urgence

La Division des services de santé d'urgence, établie en 1959 au sein du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, encourage, avec l'appui d'un comité consultatif, les provinces à établir leurs propres divisions de services de santé d'urgence. Celles-ci sont administrées par un directeur provincial généralement assisté d'un agent des fournitures sanitaires et d'une infirmière-conseil. Un agent représente les Services fédéraux de santé d'urgence dans chaque province.

Les services de santé d'urgence des provinces ont quatre fonctions principales: assurer le maintien des services sanitaires essentiels en cas d'urgence ou leur réorganisation après une catastrophe; encourager et aider la planification locale dans l'organisation des unités médicales d'urgence; former les professionnels de la santé et le public en général aux mesures de santé d'urgence; et enfin, disposer aux endroits stratégiques les unités médicales d'urgence constituées à partir des réserves nationales.